Aus der Universitäts-Hautklinik und Poliklinik Berlin (Charité)
Direktor: Prof Dr. W. Frieboes.

Zur Kenntnis der Cutis laxa

(nebst einigen Bemerkungen zur Dermatochalasis und Cutis verticis gyrata).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Vorgelegt von

Heide Lütge
Zahnärztin aus Berlin.

Tag der Promotion: 28. Febr. 1937

1 9 3 7
Bernhard Sporn Verlag Zeulenroda

905

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Siebeck.

Referent: Prof. Dr. W. Frieboes.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Es wurde mir die Teilaufgabe übertragen, aus dem Material der Berliner Hautpoliklinik einen Beitrag zur Kenntnis der Cutis laxa zu geben.

Zur Verfügung gestellt wurden mir alle Aufzeichnungen der Berliner Hautpoliklinik während der Jahre 1920—1936, die Aufzeichnungen der Berliner Dermatologischen Gesellschaft über Demonstrationen der Berliner Hautklinik und das Material der Photosammlung dieser Klinik, soweit es für diese gestellte Aufgabe in Betracht kam.

Die Cutis laxa gehört zu den angeborenen Dysplasien der Haut, mit Steiner, der den einschlägigen Artikel im Handbuch Jadassohn bearbeitete, zu den universellen Dysplasien, während die Dermatochalasis und die cutis verticis gyrata den lokalen Dysplasien zuzurechnen sind.

Zur übersichtlichen Einteilung der angeborenen Dysplasien möchten wir der von Steiner festgelegten Aufteilung dieser Dysplasien folgen. Steiner nannte in dieser Gruppe:

Angeborene Dysplasien der Haut.

I. universelle

a) Haar- und Nageldysplasien
b) kongenitale Dyskeratosen
c) Epidermodysplasia verruciformis
d) Cutis laxa.

II. lokalisierte

e) Dermatochalasis
f) Cutis verticis gyrata
g) Pseudoxanthoma elasticum.

Die unter a), b) und c) genannten Affektionen betreffen ausschließlich oder überwiegend Dysplasien des Ektoderms und werden zur Zeit in einer anderen Dissertation bearbeitet. Die unter d)—g) genannten Veränderungen betreffen ausschließlich oder überwiegend

Dysplasien des Mesoderms. Von diesen letztgenannten wird das Material des Pseudoxanthoma elasticum zur Zeit auch anderweitig zusammengestellt. In der vorliegenden Arbeit habe ich mich, entsprechend der mir gestellten Aufgabe, nur mit den Dysplasien des Mesoderms zu befassen.

Ich werde deshalb unter den angeborenen Dysplasien der Haut nur die Cutis laxa als universelle Dysplasie mesodermaler Anteile der Haut und die Dermatochalasis und Cutis verticis gyrata als lokalisierte Dysplasien mesodermaler Anteile berücksichtigen.

Universelle Dysplasien Cutis laxa.

Die cutis laxa, cutis hyperelastica oder Gummihaut ist eine seltene Affektion, deren klinische Erscheinungen jedoch seit der ersten Veröffentlichung Bell's 1826 und den folgenden einschlägigen Beobachtungen bis zur Jetztzeit in ziemlich eindeutiger Weise bleibend geschildert werden.

Es handelt sich um eine der Haut in ihrer Gesamtheit eigene, überaus starke Dehnbarkeit und spontane, vollkommene Retraktionsfähigkeit (darunter verstehen wir die Rückkehr zur Ruhelage bei Nachlassen des Zuges). In einzelnen Fällen, besonders den stark ausgeprägten, weiterhin bei Fällen höheren Alters und vermehrt bei besonders starker mechanischer Beanspruchung der Haut während des Lebensablaufs kann eine bleibende „Runzelung" (siehe Steiner) der Haut beobachtet werden, sodaß dadurch eine gewisse senile Atrophie vorgetäuscht wird. Daneben besteht sehr häufig eine erhöhte Verletzlichkeit der Haut, die sich unter anderem auch in der leichten Bildung von Hämatomen kundgeben kann. Ein anderer Ausdruck der starken Verletzlichkeit ist das oftmalige Auftreten von Ulcerationen, die mit atrophischen Narben abheilen.

Unabhängig von diesen Hauterscheinungen ist ein hervorragendes Symptom die Überstreckbarkeit der Gelenke und eine Schlaffheit der Muskulatur. Als Ausdruck dieser weitgehenden Hypotonie werden gelegentlich Schlottergelenke und ähnliches bemerkt.

Die Erblichkeit solcher klinischen Erscheinungen ist in einzelnen Fällen unverkennbar.

Als Ursache dieser geschilderten klinischen Erscheinungen ist eine fötal angelegte, und damit bleibende Zustandsänderung einzelner oder aller Haut-Gewebe mesodermaler Herkunft anzunehmen, wobei vielleicht zu betonen ist, daß im Gegensatz zu den Naevi es sich mehr um eine qualitative Änderung des antomisch-histologischen Aufbaues handeln muß und weniger um eine quantitative im Sinne einer Hypo- oder Hyperplasie dieser Gewebe.

Der histologische Befund dieser Veränderung kann nach den leider nur selten und oft ungenügend durchgeführten Untersuchungen dieser Fälle nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnis kurz folgend beschrieben werden.

Die Elastika ist ziemlich normal, das kollagene Gewebe pathologisch verändert. Anstelle der kollagenen Fasern findet sich eine homogene Masse mit darin eingebetteten Bindegewebszellen und nur vereinzelt kollagenen Fasern (Williams). Ob diese Veränderung in der Cutis diffus, oder nach der Epidermis zu mehr oder weniger deutlich ist, kann zur Zeit noch nicht entschieden werden. In anderen Beschreibungen findet sich auch eine feine Längsstreifung, d. h. eine Art Auffaserung der kollagenen Fasern.

Ein Oedem des Bindegewebes und Verringerung der Elastica ist vereinzelt beobachtet. In weiteren Fällen ist aber auch überhaupt keine Veränderung dieses Substrats erkennbar gewesen.

Ich darf vorwegnehmen, daß bei den von mir untersuchten Fällen eine histologische Untersuchung aus noch zu erwähnenden Gründen nicht vorliegt.

Ohne auf die Berechtigung des Begriffs „cutis laxa“ einzugehen, möchte ich diesen Ausdruck, da am meisten üblich, für die weiteren Ausführungen beibehalten.

Unter den poliklinischen Eintragungen der eingangs erwähnten Berichtszeit 1920—1936 wurden unter den 268 000 Fällen Aufzeichnungen über Cutis laxa nur 4 mal vorgefunden. Dabei ist noch zu bemerken, daß ein Kind nur durch die Aufdeckung einer cutis laxa bei dem Vater und der dabei einsetzenden Nachforschung in der Familie in unsere Beobachtung gekommen ist.

Ein weiterer Fall betraf einen reisenden Artisten, der eben nur zu Schau- und Demonstrationszwecken sich in der Poliklinik einfand.

Der 4. Fall schließlich, ebenfalls ein Kind, das wegen „Knickfuß“ die orthopädische Klinik aufsuchen sollte, ist nur als „Irrläufer“ und versehentlich in die Beobachtung der Berliner Hautklinik gekommen.

Da zudem auch der erste Fall sich wegen anderer Hautveränderungen vorstellte, und die Cutis laxa nur als „Nebenbefund" festgestellt wurde, so ist letzten Endes aus Anlaß der Cutis laxa selbst kein einziger Fall hier zur Beobachtung gekommen. Die Tatsache dokumentiert weitgehend die Seltenheit dieser Affektion.

Unsere Beobachtungen betreffen einen 42j. Landwirt und seinen 13j. Sohn (beobachtet 1932 bzw. 1936), einen zu Schauzwecken reisenden Artisten 31j. (beobachtet 1934) und ein 11j. Mädchen (beobachtet 1935). Das Wichtigste der Aufzeichnungen dieser vier Fälle möchte ich jetzt kurz schildern.

Fall 1. Karl J. Landwirt, 42 Jahre alt.

In der Vorgeschichte außer Masern, Diphtherie und Gasvergiftung im Krieg keine wesentliche Krankheiten.

Erstmalige Beobachtung Juli 1932. Damals Follikulitiden am ganzen Körper und länger bestehende Kopfschmerzen. 1932—1933 schwere Osteomyelitis des linken Oberschenkels. Operative Behandlung. Baldige Besserung, auch des Allgemeinbefindens. Normaler Heilungsverlauf.

Erneute Beobachtung Oktober 1936.

Der Genannte entstammt einer weit verzweigten Bauernfamilie, die seit annähernd 400 Jahren im gleichen Dorf Höfe hat, und in der nachweislich viel Inzucht getrieben wurde. Der Genannte betont aber ausdrücklich, daß „in seinem Zweig der Familie Verwandtenehen nicht geschlossen worden seien". Seine Eltern und er haben nicht blutsverwandt geheiratet. Der Vater starb 69jährig an Magenkrebs und Lungenentzündung. Auch er soll die Symptome einer Cutis laxa im gleichen Maße gezeigt haben. Eine ausgeprägte Hyperflexibilität beider Hände, das Einrollen der Haut nach leichteren Verletzungen und eine verspätete Nachblutung ist an dem Vater bekannt gewesen.

Die Mutter wies keinerlei Veränderungen dieser Art auf. Sie ist bei der Geburt des 6. Kindes in mittlerem Alter interkurrent gestorben.

Außer dem Patienten lebten 5 Geschwister, von denen die beiden ältesten in frühester Kindheit verstarben.

Unter den 4 insgesamt noch lebenden Geschwistern leidet auch die jüngste, jetzt 31jährige Schwester des Patienten in nicht ganz so starkem Maße an „loser Haut".

Die Veränderungen bestehen bei der Schwester seit der Jugend. Eine ausgeprägte Cutis laxa im Bereich beider Arme und Ueberstreckbarkeit der Hände ist besonders auffällig. Sie ist verheiratet und hatte 3 Fehlgeburten. Sie ist inzwischen verschollen.

Der Genannte bemerkte die Ueberstreckbarkeit der Hände und die „lose Haut" zuerst im Alter von 7—8 Jahren. Er gibt an, ein guter Turner gewesen zu sein, dem Frei- und Gelenkigkeitsübungen besonders leicht gefallen seien. Der jetzige Zustand bestände seit 20 Jahren unverändert, die Ueberstreckbarkeit der Hände sei mit zunehmendem Alter geringer geworden. Das Haar sei im 20. Lebensjahr weitgehend ausgefallen.

Befund. Sehr lockere Kopfhaut. Oberhalb der Ohren beiderseits eine leichte konstante Falte der Kopfhaut. Beim Zusammenschieben entstehen 10—12 ausge-

sprochene Längsfalten von je 5—7 cm Länge und ½ cm Höhe. Gesichts- und Halshaut runzelig. Die Abhebbarkeit der Haut beträgt hier mehrere Zentimeter.

Gleiche Veränderungen im Bereich des Rumpfes. Die Abhebbarkeit der Haut ist am stärksten im Bereich der Extremitäten, sie läßt sich allseits in etwa 8 cm hohen Falten abheben. Im Bereich der Ellbogen ungewöhnlich runzelige Haut, offensichtlich infolge ungewöhnlich starker mechanischer Beanspruchung.

Am auffälligsten sind die Veränderungen im Bereiche beider Kniescheiben. Hier läßt sich die Haut zipfelförmig etwa 6 cm von der Unterlage abheben und kehrt bei Nachlassen des Zuges nur langsam in die Ruhelage zurück, sodaß eine Fältelung der Haut deutlich erkennbar bleibt. Ferner finden sich in diesem Bereich massenhaft kleine fein-atrophische Närbchen, die durch Konfluenz eine flächenhafte Atrophie vortäuschen. An den U-Schenkelvorderseiten beiderseits fleckförmige pigmentierte Narben. Die Abhebbarkeit ist hier gering.

Bemerkenswert ist ferner im Bereich der Oberarm-Außenseiten und der Unterschenkel eine stärkere Keratosis follikularis.

Die Retraktion an sich ist an allen Teilen der Körperdecke zu bemerken. An Stellen geringerer mechanischer Beanspruchung ist die Retraktionsfähigkeit der Haut vollkommener als an besonders exponierten und mechanisch beanspruchten Stellen, z. B. Ellbogen und Knieen. Dadurch erklärt sich auch die ausdrückliche Bemerkung des Genannten, daß er im Bereich der oberen Rumpfteile „ein festeres Gefühl" habe.

Im Gegensatz zu anderen Beobachtungen hat dieser Patient nie eine schlechte Heilungstendenz nach Verletzungen bemerkt. Wie bei seinem Vater rollt sich aber die Haut nach Abschürfungen leicht ein, und diese kleinen Wunden bluten erst verspätet und punktförmig.

Das in anderen Fällen beobachtete leichte Auftreten von Hämatomen schildert der Patient spontan und treffend wie folgt: „Muß ich einen Gegenstand lange und fest anfassen, so schwellen innerhalb weniger Minuten die Finger unter übermäßigem Jucken stark an und im Verlauf von ½ Std. sind die Stellen blau verfärbt, schmerzen aber nicht". In den folgenden 2—3 Wochen erfolgt dann ein Rückgang der Schwellung und ein allmähliches Abblassen der Farben (Hämatomablauf). „Auch an den Füßen treten bei geringsten Verletzungen solche schmerzlosen Veränderungen auf".

Die Ueberstreckbarkeit der Hände soll in der Jugend stark ausgeprägt gewesen sein. Vom 18. Lebensjahr ab, also mit Einsetzen schwererer Landarbeit, habe die Hyperflexibilität stetig abgenommen. Die Ueberstreckbarkeit war jetzt nicht mehr festzustellen. Die Kniescheiben sind auffallend weit nach beiden Seiten verschieblich.

Im Ganzen genommen ist die vorliegende Veränderung dem Patienten nie wesentlich arbeitsbehindernd gewesen. Er betont aber die Lockerheit der Gelenke und das anstrengende Gefühl bei längerem Knieen.

Fall 2. Fritz J. (Sohn des Vorigen), 13 J. alt.

Der Junge kam anläßlich der Nachuntersuchung des obengenannten Vaters Oktober 1936 in Beobachtung der Klinik. Außer der Ueberstreckbarkeit der Finger- und Handgelenke, die seit 2—3 Jahren dem Jungen aufgefallen war und die er seinen Schulkameraden oft vorführen mußte, war von der vorliegenden Cutis laxa weder ihm noch seinen Eltern bis zur Untersuchung in der Klinik etwas aufgefallen.

Geschwister sind nicht vorhanden.

Die Retraktion der Haut findet sich vor allem im Bereich der seitlichen Halsanteile und wie beim Vater an Ellbogen und Knieen. An allen Stellen läßt sich die

Haut teilweise bis zu einer Höhe von etwa 4 cm abheben und kehrt bei Nachlassen des Zuges schnell zur Ruhelage zurück.

Am auffälligsten ist die Ueberstreckbarkeit der Finger- und Handgelenke. Die Finger können zum Handrücken hin ohne Mühe und schmerzlos bis zu einem Winkel von über 90° abgebogen werden. Eine auffallend lockere Fixierung der Kniescheiben ist bemerkenswert. Auffallend ist ferner die runzelige Fältelung der Fingerhaut, wodurch eine senile Atrophie der Haut vorgetäuscht wird.

In gleicher Weise wie beim Vater treten auch bei ihm auf geringste Traumen hin Hämatome auf. Eine schlechte Heilungstendenz der Wunden und das Einrollen der Haut nach leichteren Abschürfungen ist an dem Jungen bisher nicht bemerkt worden.

Es bestehen ferner am ganzen Körper Veränderungen im Sinne einer leichten Ichthyosis vulgaris, die den Eltern seit dem 2. Lebensjahr aufgefallen ist.

Fall 3. Johann Sch. Artist, 31 J. alt.

Beobachtung von Mai 1934.

Der Genannte suchte die Klinik lediglich zu Demonstrationszwecken auf. Die Cutis laxa war vorwiegend erkennbar an den Oberarmen, am Schultergürtel und am Bauch.

Die näheren poliklinischen Aufzeichnungen waren nicht mehr auffindbar.

Fall 4. Erika G. 11 J. alt.

Das Kind wurde im November 1935 der hiesigen Orthopädischen Klinik zugeschickt. Es kam als „Irrläufer" in die hiesige Hautpoliklinik, wo also zufällig Anamnese und Befund aufgenommen werden konnte.

Das Kind ist nie ernstlich krank gewesen, ist aber seit Geburt etwas schwächlich, zart gebaut, hoch aufgeschossen und im Allgemeinzustand etwas herabgesetzt. 2 jüngere Geschwister sind normal entwickelt. Die Mutter ist gesund. Die noch zu erwähnende Ueberstreckbarkeit der Gelenke soll auch beim Vater bestehen.

Bemerkenswert ist zunächst eine starke Dehnbarkeit und Retraktionsfähigkeit der Haut im Bereich der oberen und unteren Extremitäten, der Halspartien und besonders auch der Wangen. An der Stirn, im Gesicht, an Knieen und Schienbeinen zahllose kleinere und größere verschieden gestaltete atrophische Narben, immer wieder lokalisiert an Stellen, die häufiger Verletzungen ausgesetzt sind. Die Mutter gab selbst an, daß diese Veränderungen nach Stürzen des Kindes infolge unsicheren Gehens entstanden seien.

Auffallend war tatsächlich im vorliegende Falle die Ueberdehnbarkeit aller Gelenke, insbesondere der Finger- und Handgelenke. Die Orthopädische Klinik bestätigte diese Ueberstreckbarkeit sämtlicher Gelenke. Aus dem Befunde dieser Klinik sei weiter angeführt: X-Stellung beider Beine, Außerkrümmung der Oberschenkel, flaches Fußgewölbe, Abknicken beider Füße, Trichterbrust, Skoliose der Wirbelsäule mit leichter Rechts-Torsion.

Auffällig war ferner eine cyanotische Verfärbung der distalen Enden aller Extremitäten und eine ziemlich stark betonte Venenzeichnung der Haut. Der interne Befund der Kinderklinik stellte tatsächlich einen angeborenen Herzfehler fest.

Röntgenologisch: mitralkonfiguriertes Herz mit Rechts- und stärkerer Linksverbreiterung. Schon nach dem Aspekt: vitium cordis congenitum.

Außerdem bestanden weitere Mißbildungen, unter anderem Hypognathie, Arachnodaktylie, Ohrmuschelmißbildung, Trichterbrust und anderes.

Fassen wir die wesentlichsten Ergebnisse der 4 hiesigen Beobachtungen zusammen, so ergibt sich die schon eingangs erwähnte große Seltenheit der Cutis laxa aus der Tatsache, daß unter 268 000 Fällen der hiesigen Poliklinik kein einziger aus Veranlassung der Cutis laxa selbst in Beobachtung gekommen ist.

Das wesentlichste klinische Symptom, die starke Dehnbarkeit und spontane, vollkommene Retraktionsfähigkeit zeigt sich in allen Fällen. An Stellen maximaler mechanischer Beanspruchung ist diese Retraktionsfähigkeit nicht mehr vollkommen. Nach dem Fall 1) scheint die Retraktionsfähigkeit überhaupt abzunehmen mit der besonderen Ausprägung der Cutis laxa an sich, mit zunehmendem Alter und besonderer mechanischer Beanspruchung.

Vornehmlich scheint diese Dehnbarkeit der Haut Stellen maximaler Beanspruchung der Körperdecke, also den Bereich der Ellenbogen und Kniegegend zu betreffen.

Die in anderen Fällen beobachteten narbigen Atrophien als Ausdruck erhöhter Verletzlichkeit ist immer, besonders im Fall 4) deutlich vorhanden.

Das auch sonst teilweise beobachtete Einrollen der Haut nach leichteren Verletzungen ist im Fall 1) besonders zu erwähnen.

Die Ueberstreckbarkeit der Gelenke ist in unseren Fällen besonders im Bereich der Finger- und Handgelenke erkennbar. Im Fall 4) aber, dem 11jährigen Mädchen, ist diese Ueberstreckbarkeit ein besonders auffälliges Symptom, das neben allen Gelenken auch besonders die für die Statik wichtigen Fußgelenke betraf (Schlottergelenk, Abknickung, Abflachung des Fußgewölbes, X-Stellung der Beine).

Das Wesen der Cutis laxa, d. h. die Fehlbildung des Mesoderms auf angeborener Grundlage, scheint in diesem Fall besonders die Banderschlaffung bzw. Muskelhypotonie zu betreffen, wobei vielleicht zu erwähnen ist, daß in der Familie dieses Kindes bei völligem Fehlen von Cutis laxa an sich, gerade die Überstreckbarkeit der Finger- und Handgelenke auch bei dem Vater dieses Kinders vorhanden ist.

Für die in der Literatur, besonders von Steiner angegebene Formulierung, daß die Cutis laxa nicht ausschließlich, sondern auch nur überwiegend eine Dysplasie des Mesoderms ist, möchte ich besonders auf Fall 1) und 2) hinweisen. Hier bestand beim Vater eine Kera-

tosis follikularis, beim Sohn Veränderungen im Sinne einer Ichthyosis vulgaris, allgemein also Veränderungen des Ektoderms.

Zu der eingangs erwähnten Abtrennung der Cutis laxa von den Naevi möchte ich feststellen, daß in den 4 vorliegenden Fällen sonst keinerlei naevogene Veränderungen der Haut verzeichnet waren. Zu der umstrittenen Deutung der histologischen Befunde bei Cutis laxa kann ich wegen Fehlens solcher Untersuchungen keinen weiteren Beitrag geben.

Als wichtigstes Ergebnis der vorliegenden Fälle möchte ich aber die Erblichkeitsverhältnisse bei Cutis laxa im Falle 1) und 2) berücksichtigen. Nach Steiner, der im Jadassohn'schen Handbuch die Bearbeitung der Cutis laxa 1932 gegeben hat, kommt die Erblichkeit bei der Cutis laxa in der Regel nicht vor.

Siemens, der im gleichen Handbuch den Abschnitt über Vererbung in der Aetiologie der Hautkrankheiten 1929 abgeschlossen hat, betont ausdrücklich die geringen Anhaltspunkte für Erblichkeitsbeziehungen der Cutis laxa. Bis zum Abschluß dieser Beiträge ist die Cutis laxa nur in 2 Fällen familiär beobachtet worden, und zwar einmal bei Vater und Sohn (Fall Kopp 1888) und das andere Mal bei 10 Personen einer Familie in 3 Generationen (Fall Wiener 1925).

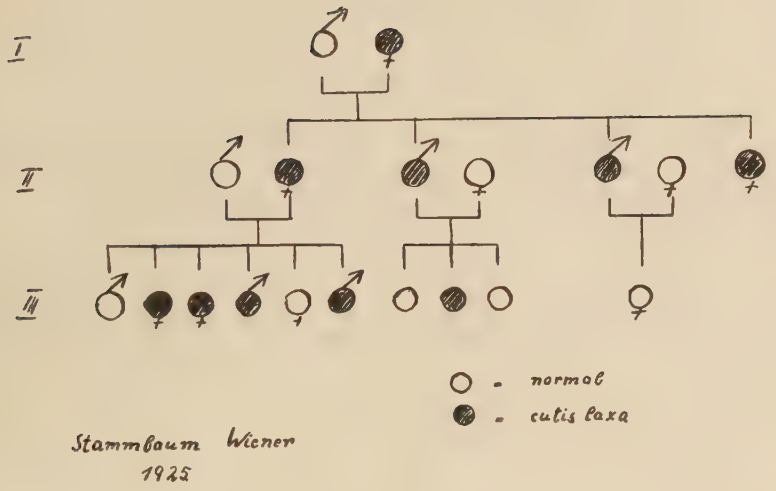
Für die überwiegende Mehrzahl der bisherigen Fälle bleibt das Vorkommen der Cutis laxa solitär.

Nach Siemens muß die Frage nach der Erbbedingtheit der Cutis laxa im allgemeinen noch offen bleiben.

Die Literatur über familiäres Vorkommen ist bis 1929 bzw. 1932 von Siemens und Steiner im Jadassohn'schen Handbuch zusammengestellt. Beobachtungen über ein wahrscheinlich familiäres Vorkommen nach Abschluß dieser Handbuchartikel sind in der Folgezeit bis heute von Keining und Erbach, Reyn, Funabashi und Burrows veröffentlicht. Sie betreffen aber jeweils nur 2 Fälle sich folgender oder gleicher Generationen und betreffen auch teilweise nur die familiäre Belastung einzelner Symptome.

Aus den erwähnten Fällen 1) und 2) (Vater und Sohn J.) ergibt sich, soweit feststellbar, folgende Uebersicht über das Vorkommen von Cutis laxa in der Familie J.

Da in der bisherigen Literatur das familiäre Vorkommen von Cutis laxa über 3 Generationen hin nur noch von Wiener beobachtet wurde, füge ich eine Uebersicht dieses Familienstammes bei.



In unserer Stammtafel J. kann von den beiden ältesten Geschwistern des Landwirts J. Fall 1, nicht angegeben werden, ob Cutis laxa vorgelegen hat, da diese Geschwister in früherster Jugend verstorben sind.

Ueber die angegebene Generation I. hinaus konnte auch anamnestisch nichts über Cutis laxa in der Familie eruiert werden. In der Generation III. sind lebende Mitglieder außer dem Sohn J. nicht bekannt.

Großvater, Vater und Sohn J., sowie die Schwester des Vaters J., sind mit Cutis laxa behaftet. Ueber die Art des Erbgangs vermag ich vorerst nichts auszusagen.

Lokalisierte Dysplasien.

a) *Dermatochalasis.*

Das Erscheinungsbild der Dermatochalasis ist bedingt durch Erschlaffung der Haut bestimmter Gegenden und dadurch bedingte hochgradige Faltenbildung innerhalb eines solchen Bezirkes.

Nach Steiner wird die Dermatochalasis als zirkumskripte Dysplasie in bestimmter Lokalisation bevorzugt beobachtet. Steiner nennt als häufigste die palpebrale Lokalisation und man bezeichnet diese Dermatochalasis deshalb als Blepharochalasis. Außerdem kommt facialer, zervikaler, ventraler und genitaler Sitz der Dermatochalasis fast ausschließlich vor.

Es handelt sich wie bei Cutis laxa um eine Fehlbildung des Mesoderms auf angeborener Grundlage. Der lokalisierte Sitz und das klinische Aussehen, besonders Erschlaffung und Faltenbildung trennt die Dermatochalasis von der Cutis laxa. Auch histologisch besteht soweit bis heute bekannt, nach Steiner ein gewisser Gegensatz zu Cutis laxa, indem bei Dermatochalasis ein abnormes Verhalten der Elastika im Sinne einer Hypoplasie und Degeneration dieses mesodermalen Anteils der Cutis beobachtet wird.

Nicht zugehörig zur Dermatochalasis sind ähnliche Erscheinungsbilder anderer organischer Bedingtheit. Insbesondere sind abzutrennen alle dermatochalasis-ähnlichen Veränderungen bei Recklinghausen und ganz allgemein auch Anetodermien.

Berücksichtigen wir die angegebene sehr enge Begriffsbestimmung, so ist eine Dermatochalasis ebenfalls eine sehr seltene Hautaffektion.

Ich habe in dem eingangs genannten Material der Hauptpoliklinik während der Jahre 1920—1936 keine einschlägige Beobachtung verzeichnet gefunden.

b) *Cutis verticis gyrata (Jadassohn-Unna).*

Auch für dieses Erscheinungsbild möchte ich mich wie bei den eingangs erwähnten Dysplasien an die engste Begriffsbestimmung halten. Es sollen auch hier nur zugerechnet sein die Fälle von Cu-

tis verticis gyrata, die einer Fehlbildung des Mesoderms auf angeborener Grundlage entsprechen.

Auszuschalten sind insbesondere ähnliche Erscheinungsbilder, die als Endzustand einer erworbenen Krankheit anzusprechen sind. Auch gehören nicht hierher die Naevi mit ähnlichem Erscheinungsbild, einschließlich Recklinghausen u. a. Es handelt sich bei Cutis verticis gyrata um Faltenbildung, Furchenbildung und Erweiterung der behaarten Kopfhaut mit besonderer Lokalisation am Scheitel und Hinterkopf. Die Konstanz der Falten und die Anordnung der Furchenbildung (überwiegend longitudinal) ist charakteristisch. Die Veränderung findet sich nur bei erwachsenen Individuen meist mittleren Lebensalters. Nicht hinzurechnen möchte ich die sogenannte Cutis verticis gyrata latens, d. h. die Eigenschaft der Kopfhaut bei leichtem Zusammenschieben von den Seiten her Falten zu bilden. Diese letztgenannte Beobachtung findet sich nach den Beobachtungen der Berliner Poliklinik nicht mehr selten. Sie war auch unter den erwähnten Fällen von Cutislaxa im Fall 1) deutlich vorhanden.

Auf die nähere histologische Bedingtheit möchte ich mich hier mangels histologischer Präparate und Divergenz der Ansichten der kausalen Genese nicht einlassen.

Unter dieser engeren Begriffsbestimmung einer Cutis verticis gyrata habe ich im erwähnten Material Aufzeichnungen über nur 5 Fälle vorgefunden. Die Aufzeichnungen dieser Fälle ergaben keine wesentlichen neuen Beobachtungen. Erwähnenswert ist vielleicht, daß in einem Fall das familiäre Vorkommen betont wurde und das in der Mehrzahl dieser Fälle die Curtis verticis gyrata als Nebenbefund einer Alopicie verschiedener Genese zur Beobachtung kam.

Einen ätiologischen Zusammenhang möchte ich dabei kaum annehmen. Erwähnenswert ist schließlich, daß ebenso wie bei Cutis laxa auch bei der Cutis verticis gyrata kein Fall aus Anlaß dieser Anomalie selbst zur Beobachtung gekommen ist.

Am Schluß möchte ich Herrn Oberarzt Dr. Berggreen für Ueberlassung des Themas und für seine freundliche Beratung herzlich danken.

Literaturverzeichnis.

Bell:	Principles of surgery II. vol. 3 (1826).
Burrows:	Epidermolysis bullosa hereditaria mit Cutis laxa. Proc. roy. Soc. Med. 25 (1932).
Funabashi:	Cutis hyperelastica. Acta dermat. (Kyoto) 22 (1933).
Keining (Erbach):	Dermat. Ges. Hamburg, 1931.
Kopp:	Demonstr. 2 Fälle von C. 1. Münch. Med. Wschr. Nr. 15 (1888).
Reyn:	2 Fälle von Cutis laxa. Hosp. tid. (1933) Kopenhagen.
Siemens:	Handbuch Jadassohn III. 1929.
Steiner:	Handbuch Jadassohn (angeborene Dysplasien (1932).
Wiener:	Cutis laxa mit dominanter Vererbung. Arch. f. Derm. Nr. 148 (1925). S. 599—601.
Williams:	Cutis laxa. Mh. Dermat. 1892 Nr. 14 S. 490.

Die zu der Arbeit gehörenden Photos wurden am 12. Februar 1937 auf der Sitzung der Berl. Dermatolog. Gesellschaft demonstriert.

Lebenslauf.

Ich wurde am 20. September 1909 als Tochter des Kirchenmusikdirektors Karl Lütge und seiner Ehefrau Lore, geb. Tilch, in Berlin-Charlottenburg geboren.

Ich besuchte die Westend-Schule und das Bismarck-Lyzeum Berlin-Grunewald, an dem ich Ostern 1931 die Reifeprüfung bestand. Ich studierte an der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin von 1931 ab Zahnheilkunde und bestand das Staatsexamen Oktober 1936.